

คลินิกหมออาสา เวชกรรม เลขที่ 11101003054

เลขที่ 99/30 ม.3 ถ.บางเสาธงแลนด์ ด.บางเสาธง อ.บางเสาธง สมุทรปราการ 10540

โทรศัพท์ 02-7400-392

โทรสาร

## ใบรับรองแพทย์ / Medical Certificate

วันที่ ....30..กันยายน..2557.....

DATE

ชื่อคนไข้ .....นายปกรณ์ กิติชัย..... เพศ .....ชาย..... อายุ .....36.....  
NAME GENDER AGE

เลขที่ประจำตัวคนไข้ ..... 57-001611 .....  
HN.

ตรวจเมื่อวันที่ 30 เดือน .....กันยายน..... พ.ศ. ....2557..... เวลา .....18:57.....  
DATE OF EXAMINATION

วินิจฉัยโรค / DIAGNOSIS .....ไข้หวัด คออักเสบ.....

มีความเห็นว่า (PHYSICIAN'S OPINIONS) .....รับการตรวจรักษาจริง หยุดทำงานวันที่ 30/09/2557-01/10/2557.....

ได้รับใบรับรองแพทย์แล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้รับใบรับรองแพทย์  
RECEIVED BY

เกี่ยวข้องกับ ..... ของผู้ป่วย  
RELATIONSHIP TO THE PATIENT

วันที่ ..... 30 กันยายน 2557 .....  
DATE

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ  
(แพทย์หญิงอุษณีย์ งามคง) (Signature)

ใบอนุญาตที่ 33338  
PHYSICIANS NAME

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... 33338 .....  
LICENSE NO.